

## Detoxificeren van aan alcohol verslaafde ouderen

Dick van Etten

### Inleiding

Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek is 3,4% van de mannen en vrouwen van 65 jaar en ouder zware drinker, en drinkt 7,8% drie of meer glazen per dag. In 2003 is Altrecht GGZ te Utrecht samen met Centrum Maliebaan (de Utrechtse verslavingszorg) een project gestart om deze doelgroep van de nodige zorg te voorzien. Bij ouderen spelen immers psychiatrische en somatische problemen, waarvoor de verslavingszorg niet goed is toegerust. Zo heeft alcoholgebruik invloed op de werking van medicijnen die deze patiënten vaak gebruiken, en moet bij ouderen medicatie lager gedoseerd worden. Ontgiftiging bij ouderen geschiedt dan ook bij voorkeur klinisch.

In de ouderenpsychiatrie van Altrecht was er echter niet veel kennis en ervaring met betrekking tot verslavingen. Een geïntegreerde aanpak heeft de voorkeur. Hiervoor werd voor een jaar op de ouderenafdeling van Altrecht een medewerker (0,5 fte) van Centrum Maliebaan gedetacheerd. Een van de problemen die zich voordeden was dat de detoxvoorziening van Centrum Maliebaan niet voldeed voor oudere patiënten. Een 78-jarige alcoholist tussen jongere harddruggebruikers behandelen, bleek niet goed werkbaar. Taalgebruik en omgangsvormen weken sterk af van wat voor de oudere patiënt wenselijk was, en het programma bleek te zwaar. Patiënten gaven herhaaldelijk aan dat de bejegening door het personeel reden was de opname af te breken.

Besloten werd patiënten van zestig jaar en ouder voor detoxificatie op te nemen binnen de besloten afdeling voor ouderen van Altrecht. Op basis van literatuur werd een detoxprotocol ontwikkeld, nadat alle medewerkers geschoold waren in het behandelen en begeleiden van patiënten met een verslaving. Sinds de start van het zorgprofiel Middelen binnen Altrecht (eind 2003) zijn er circa twintig opnamen geweest.

### Voorgeschiedenis

De 63-jarige meneer De Vries heeft een lang verleden van alcoholafhankelijkheid. Bij aanmelding drinkt hij dagelijks een fles wijn en een halve liter jenever. Hij heeft veel ruzie met zijn vrouw. Hij komt uit een groot gezin dat een horecabedrijf exploiteerde. Zijn ouders stonden achter de bar, terwijl vader tevens als voorman werkte in de bouw. Moeder overleed twintig jaar geleden aan de gevolgen van leverkanker, hoewel zij geen alcohol dronk. De vader van meneer de Vries is vanwege alcoholproblemen opgenomen geweest in een psychiatrische instelling.

Cliënt heeft zeven broers en zussen; op een zus en broer na allen met een drankprobleem. Een broer leed aan het syndroom van Korsakov, een andere broer is dankzij behandeling tien jaar gestopt met drinken maar overleed later aan de gevolgen van kanker. Een broer en zus overleden beiden aan de schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik. De twee die geen alcoholproblemen hebben zijn wel gezelligheidsdrinkers en leven nog steeds.

Meneer de Vries heeft in het verleden een aantal behandelingen gehad voor zijn alcoholverslaving. Nu hij gestopt als touringcar-chauffeur (Europa) drinkt hij nog meer. Hij wil niet net als zijn familieleden door de

Dick van Etten (✉)

Dick van Etten is GGZ verpleegkundig specialist bij Altrecht te Utrecht en onderzoeker bij het Nederlands Kenniscentrum Ouderpsychiatrie te Zeist. Correspondentie: [d.van.etten@ouderenpsychiatrie.nl](mailto:d.van.etten@ouderenpsychiatrie.nl).

alcohol overlijden, en besluit om bij Altrecht in behandeling te gaan.

## Behandeling

Meneer de Vries gaat na overleg en ondertekening van een behandelplan akkoord met vrijwillige opname. In het behandelplan staat dat hij zich aan de huisregels van Altrecht houdt; zo niet, dan volgt ontslag. Geen agressie, geen alcoholgebruik tijdens opname en het opvolgen van instructies van verpleegkundigen en artsen. Het ontwikkelde protocol bestaat uit drie fasen, verdeeld tussen wat de verpleegkundige doet en wat de arts doet.

### Bij opname

Er wordt voor gezorgd dat informatie van de huisarts bij opname beschikbaar is.

*Verpleging.* Eenmalig temperatuur en driemaal daags pols en tensie meten gedurende de eerste twee dagen. Bij toename onrust en diastolische RR >100 mm Hg of pols >100/min., metingen elk uur herhalen en indien waarden blijven oplopen, overleggen met arts.

*Arts.* Thiamine 100 mg i.m. direct bij binnenkomst voordat iets gegeten of gedronken wordt. Dit om een acuut syndroom van Korsakov te voorkomen.

Er wordt een alcoholanamnese afgenomen en somatisch onderzoek wordt verricht, ook op mogelijke neurologische afwijkingen. Bij ernstige ademhalingsdepressie volgt overigens tijdelijke overplaatsing naar een algemeen ziekenhuis. Bij onthoudingsverschijnselen ten gevolge van chronisch alcoholgebruik (onrust) en ter preventie van een onthoudingsinsult en onthoudingsdelier, wordt oxazepam gegeven in afbouwschema: beginnen met 80 mg in vier doses per dag, vervolgens dagelijks 50, 40, 20 en 10 mg, daarna stop. Er is voor oxazepam gekozen omdat deze stof, in tegenstelling tot diazepam of chloordiazepoxide, geen actieve metabolieten heeft, waardoor er geen stapeling van dempende stoffen plaatsvindt. Er is dan minder risico van oversedatie, wat vooral bij ouderen gevaarlijk is in verband met valneiging. Indien het effect onvoldoende is (dreigend delirium tremens), ophogen tot maximaal 200 mg/dag, en na twee dagen gaan afbouwen.

Bij optreden van een insult is alleen medicatie nodig indien dit langer duurt van tien minuten of er diverse aanvallen na elkaar optreden. Mogelijkheden zijn Stesolid<sup>®</sup> (rectiole) 10 mg of Rivotril<sup>®</sup>-druppels 2,5 mg/ml in wangzak vijf tot tien druppels (ampul, onverdund te druppelen; Altrecht 2006).

Tijdens opname (tweede tot zevende dag)

*Verpleging.* Eenmaal per dag temperatuur meten en driemaal per dag pols en bloeddruk gedurende de eerste twee dagen daarna; in overleg met arts vervolgen. Er wordt gebruik gemaakt van de Delirium Observatie Screening-schaal (DOS) om delirante verschijnselen tijdig te kunnen signaleren. Speciale aandacht is er voor beweging en voeding. Soms zijn patiënten erg vermaerd en in slechte algemene conditie. Door hier meer aandacht aan te geven, merkten we dat patiënten zich beter gingen voelen en een betere conditie kregen. *Arts.* Bloedonderzoek aanvragen (leverfuncties, nierfunctie, bloedbeeld, elektrolyten, glucose, evt. stolling). Eventueel longfoto aanvragen. Medicatie: na eerste dag driemaal daags thiamine 25 mg, met driemaal daags vitamine-B-complex forte gedurende vier weken. Oxazepam volgens afbouwschema. Bij maagklachten Pantoprazol<sup>®</sup>, bij braken domperidon supp, bij hypertensie of tachycardie die onvoldoende reageert op oxazepam: bètablokkers. Ook in dit geval moet laag gedoseerd worden (bijv. beginnen met driemaal daag 10 mg Inderal<sup>®</sup>) en pols en tensie moeten goed worden gevolgd. Campral<sup>®</sup>, naltrexon of disulfiram zijn niet aan de orde in de ontgiftingsfase, aangezien oudere patiënten door veel medicijnen een medicatiedelier kunnen ontwikkelen. Dit soort middelen wordt pas na de ontgiftingsfase overwogen en na overleg met de verslavingsarts.

### Ontslagfase (stabiliseren en plan voor thuis)

Na ontgifting kan een patiënt pas naar huis als er een terugvalpreventieplan en plan van aanpak zijn. De opname voor ontgifting duurt maximaal zes weken.

### Afloop

De Vries doorloopt de ontgiftingsfase goed; hij maakt gebruik van het op maat gemaakte programma. Dit houdt in dat hij zich de eerste vijf tot zeven dagen op zijn kamer mag terugtrekken. Er moet een minimale structuur gevolgd worden: op tijd opstaan en bij de maaltijden aanwezig zijn. Hierna volgt er een individueel activiteitenplan. Tijdens de ontslagfase is in dit geval begonnen met een leefstijltraining 2 en een deeltijdbehandeling op de ambulante afdeling. Dit om de overgang terug naar huis beter te laten verlopen. De leefstijltraining 2 werd door de casemanager van Altrecht gegeven, die door een trainer van Centrum Maliebaan via het project geschoold was. (Bij het geven van de leefstijltraining kan de handleiding

ouderen leefstijltraining 1 en 2 gebruikt worden; zie [www.ggzkennisnet.nl](http://www.ggzkennisnet.nl).)

### Tot besluit

Wij zijn van mening dat zolang de verslavingszorg geen specifieke detoxafdeling voor ouderen heeft, detoxificatie van 60-plussers beter kan plaatsvinden in de ouderenpsychiatrie. Dit is goed haalbaar gebleken, mits men is bijgeschoold met betrekking tot verslavingsproblematiek.

### Bronnen

Voor het digitaal ontvangen van het projectplan jaar 1 en 2, het ontgiftingsprotocol en het zorgprofiel Middelen, e-mail: [info@ouderenpsychiatrie.nl](mailto:info@ouderenpsychiatrie.nl).

Literatuur waarop het protocol gebaseerd is:

1. Blow, F.C. (1998). *Substance abuse among older adults* (TIP 26). Internet: [ncadi.samhsa.gov/govpubs/bkd250](http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/bkd250).
2. Mumenthaler, M., & Mattle, H. (1997). *Neurologie*. Stuttgart/New York: Thieme.
3. Wesson, R.D. (1995). *Detoxification from alcohol and other drugs* (TIP 19). Internet: [ncadistore.samhsa.gov/catalog/](http://ncadistore.samhsa.gov/catalog/).
4. Altrecht (2006). *Handboek acute somatische problematiek*. Utrecht: Altrecht.

Hulpmiddelen die verpleegkundigen in de kliniek gebruiken:

1. Vossen, M.L. (1999). *Standaardverpleegplannen voor de GGZ* (Labels 1.4 Afhankelijkheid van alcohol, 1.5 Afhankelijkheid van drugs). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
2. Sullivan, J.T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C.A., & Sellers, E.M. (1989). Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*, 84, 1353-1357.
2. GGZ Nederland (2004). *De richtlijn gedwongen ontslag*. Amersfoort: GGZ Nederland.
3. Schuurmans, M.J. (2001). *Delirium Observatie Screening (DOS) schaal: handleiding*. Utrecht: UMC Utrecht.